

○特定フィブリノゲン製剤及び特定血液凝固第Ⅸ因子製剤によるC型肝炎感染被害者を救済するための給付金の支給に関する特別措置法施行規則

(平成二十年一月十六日)

(厚生労働省令第三号)

特定フィブリノゲン製剤及び特定血液凝固第Ⅸ因子製剤によるC型肝炎感染被害者を救済するための給付金の支給に関する特別措置法(平成二十年法律第二号)第十八条の規定に基づき、特定フィブリノゲン製剤及び特定血液凝固第Ⅸ因子製剤によるC型肝炎感染被害者を救済するための給付金の支給に関する特別措置法施行規則を次のように定める。

特定フィブリノゲン製剤及び特定血液凝固第Ⅸ因子製剤によるC型肝炎感染被害者を救済するための給付金の支給に関する特別措置法施行規則

(給付金の支給の請求)

第一条 特定フィブリノゲン製剤及び特定血液凝固第Ⅸ因子製剤によるC型肝炎感染被害者を救済するための給付金の支給に関する特別措置法(以下「法」という。)第三条第一項の給付金(以下「給付金」という。)の支給の請求は、法第四条の正本又は謄本のほか、給付金支給請求書(様式第一号)を、住民票の写しその他の書類であって給付金支給請求書に記載した事実を証明するものとともに、独立行政法人医薬品医療機器総合機構(以下「機構」という。)に提出することによって行うものとする。

2 給付金の支給を請求する者(以下「給付金支給請求者」という。)は、給付金支給請求者又はその被相続人が同一の事由について、損害賠償その他の給付等を受けたことにより法第十一条第一項の損害のてん補がされた場合には、前項の給付金支給請求書の提出と併せて、その受けた損害賠償その他の給付等の額及び内容を機構に届け出なければならない。

(給付金の額の通知)

第二条 機構は、給付金を支給するに当たっては、給付金支給請求者に対し、その額を給付金支給通知書(様式第二号)により通知する。

(追加給付金の支給の請求)

第三条 法第七条第一項の追加給付金(以下「追加給付金」という。)の支給の請求は、法第八条の医師の診断書(様式第三号)のほか、追加給付金支給請求書(様式第四号)を、住民票の写しその他の書類であって追加給付金支給請求書に記載した事実を証明するものとともに、機構に提出することによって行うものとする。

2 追加給付金の支給を請求する者(以下「追加給付金支給請求者」という。)は、追加給付金支給請求者又はその被相続人が同一の事由について、損害賠償その他の給付等を受けたことにより法第十一条第一項の損害がてん補された場合には、前項の追加給付金支給請求書の提出と併せて、その受けた損害賠償その他の給付等の額及び内容を機構に届け出なければならない。

(追加給付金の額の通知)

第四条 機構は、追加給付金を支給するに当たっては、追加給付金支給請求者に対し、その額を追加給付金支給通知書(様式第五号)により通知する。

(拠出金の額の通知)

第五条 機構は、法第十七条第一項の拠出金の拠出を求めるに当たっては、同項の製造業者等に対し、法第十六条の基準に基づき決定される拠出金の額、納付すべき期限その他必要な事項を通知する。

様式第一号(第一条関係)

特定C型肝炎ウイルス感染者に対する給付金支給請求書

		番号	(記入不要)
ふりがな		※男・女 生年月日 及び年齢	年 月 日 満 歳
感染者氏名			* 死亡している場合は死亡時の年齢
確定判決、和解 又は調停成立年 月日及び裁判所	※確定判 決和解調 停成立	年 月 日( )裁判所 原告番号( )	
	1 特定フィブリノ ゲン製剤  フィブリノー ゲン—BBank	2 特定血液凝固第Ⅸ因子製剤	3 特定血液凝固第Ⅸ因子 製剤

※※ 感染の原因とな った血液製剤及 び投与時期	フィブリノー ゲン—ミドリ	(PPSB—ニチャク)	コーナイン クリスマシン クリスマシン—HT	
	フィブリノー ゲン—ミドリ			
	フィブリノー ゲンHT—ミドリ			
	年 月 日 ( 年 月頃～ 年 月頃)	年 月 日 ( 年 月頃～ 年 月頃)	年 月 日 ( 年 月頃～ 年 月 頃)	
※ 請求する給付金	① 慢性C型肝炎が進行して、肝硬変若しくは肝がんに罹患し、又は死亡した者 4千万円			
	② 慢性C型肝炎に罹患した者 2千万円			
	③ 無症候性キャリア 12百万円			
請求者(感染者 本人の場合)に 関する事項	請求者現住所 及び電話番号	(〒 — ) 電話番号 ( )		
請求者(感染者 の相続人の場 合)に関する事 項	ふりがな		※男・女	生年月日 年 月 日
	請求者氏名			
	請求者現住所 及び電話番号	(〒 — ) 電話番号 ( )		続柄
代理人に関する 事項	※ 代理人を指定する・代理人を指定しない			
	代理人への委 任事項	※1 機構への書類及び機構からの書類の送付、問い合わせ等 に関する件 2 特定C型肝炎ウイルス感染者に対する給付金の受取に関する 件		
	ふりがな			
	代理人住所及 び電話番号	(〒 — ) 電話番号 ( )		
	ふりがな		請求者 との関係	
	代理人氏名			
親権者等に関す る事項(請求者 が未成年のとき に記入して下さい)	ふりがな		※男・ 女	生年月日 年 月 日
	親権者等氏名			
	親権者等住所 及び電話番号	(〒 — ) 電話番号 ( )		請求者 との関係

書類発送に関する事項	特定C型肝炎ウイルス感染者に対する給付金振込時に、機構からの振込通知書の送付 ※不要・必要		
	機構からの振込通知書等の郵送方法に関する希望 通郵便・簡易書留		※普
指定金融機関	ふりがな		
	名称	銀行 信用金庫	※支店・ ( )
	ふりがな	預金種目	※普通・当座・貯蓄
	口座名義	口座番号	
<p>上記のとおり、特定フィブリノゲン製剤及び特定血液凝固第Ⅸ因子製剤によるC型肝炎感染被害者を救済するための給付金の支給に関する特別措置法(平成20年法律第2号)第3条第1項の給付金の支給を請求します。</p> <p>(代理人を指定するときは)併せて、代理人を指定し、委任事項記載欄の事項を委任するとともに、代理人の行為により生じた問題について機構は一切その責任を負う必要のないことを確認します。</p> <p>また、代理人は請求者から委任を受けたことに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>請求者氏名 印 (署名又は押印)</p> <p>代理人氏名 印 (代理人を指定したとき) (署名又は押印)</p> <p>親権者等氏名 印 (請求者が未成年のとき) (署名又は押印)</p> <p>独立行政法人医薬品医療機器総合機構理事長 殿</p>			

※印のところは○で囲んで下さい。 ※※印のところは和解調書等に記載された血液製剤を○で囲み、その投与時期をご記入下さい。

様式第二号(第二条関係)

特定C型肝炎ウイルス感染者に対する給付金支給通知書

医機発第 号

平成 年 月 日

殿

特定フィブリノゲン製剤及び特定血液凝固第Ⅸ因子製剤によるC型肝炎感染被害者を救済するための給付金の支給に関する特別措置法(平成20年法律第2号)第3条第1項の給付金の額を、下記のとおり通知します。

記

給付金 万円

受給者番号

様式第三号(第三条関係)

特定C型肝炎ウイルス感染者に対する追加給付金に係る診断書

患者氏名		男・女	生年月日	年 月 日
和解等で認められた症状の区分(該当する番号を○で囲んで下さい。)	1 無症候性キャリア			
	2 慢性C型肝炎			
現在の症状(該当する番号を○で囲んで下さい。)	1 慢性C型肝炎に罹患した。			
	2 慢性C型肝炎が進行して肝硬変に罹患した。			
	3 慢性C型肝炎が進行して肝がんに罹患した。			
	4 慢性C型肝炎が進行して死亡した。			
備考				
上記のとおり診断します。				
年 月 日				
医療機関の名称				
住所(〒 — )				
電話番号				
( — — )				

医師名  (署名又は押印)  (診療科名)	印  )
-----------------------------------	------------

記入要領

1. この診断書は、特定フィブリノゲン製剤及び特定血液凝固第Ⅸ因子製剤によるC型肝炎感染被害者を救済するための給付金の支給に関する特別措置法(平成20年法律第2号)第8条に基づき、独立行政法人医薬品医療機器総合機構から医療、健康管理等に係る経済的負担を含む健康被害の救済を図るための追加給付金を受けようとする人がその請求時に必ず添えなければならない書類です。

2. 各項目のあてはまる数字に○印をつけて下さい。

3. その他参考になることがあれば備考欄に記入して下さい。

様式第四号(第三条関係)

特定C型肝炎ウイルス感染者に対する追加給付金支給請求書

		受給者番号	(記入不要)
ふりがな		※男・女	年 月 日
感染者氏名			生年月日及び年齢
確定判決、和解又は調停成立年月日及び裁判所	※確定判決和解調停成立	年 月 日( )	裁判所 原告番号( )
※ 既に支給された給付金・追加給付金の合計額	① 2千万円		
	② 12百万円		
※ 悪化したことによる新たな区分	③ 慢性C型肝炎が進行して、肝硬変若しくは肝がんに罹患し、又は死亡した者 4千万円		
	④ 慢性C型肝炎に罹患した者 2千万円		
※ 請求する追加給付金	⑤ 上記③－② 28百万円		
	⑥ 上記③－① 2千万円		
	⑦ 上記④－② 8百万円		
請求者(感染者本人の場合)に関する事項	請求者現住所及び電話番号	(〒 — ) 電話番号 ( )	

請求者(感染者の相続人の場合)に関する事項	ふりがな		※男・女	生年月日	年	月	日	
	請求者氏名							
	請求者現住所及び電話番号	(〒 — ) 電話番号 ( )	続柄					
代理人に関する事項	※ 代理人を指定する・代理人を指定しない							
	代理人への委任事項	※1 機構への書類及び機構からの書類の送付、問い合わせ等に関する件 2 特定C型肝炎ウイルス感染者に対する追加給付金の受取に関する件						
	ふりがな							
	代理人住所及び電話番号	(〒 — ) 電話番号 ( )						
	ふりがな						請求者との関係	
	代理人氏名							
親権者等に関する事項(請求者が未成年のときに記入して下さい)	ふりがな		※男・女	生年月日	年	月	日	
	親権者等氏名							
	親権者等住所及び電話番号	(〒 — ) 電話番号 ( )	請求者との関係					
書類発送に関する事項	特定C型肝炎ウイルス感染者に対する追加給付金振込時に、機構からの振込通知書の送付 ※不要・必要							
	機構からの振込通知書等の郵送方法に関する希望					※普通郵便・簡易書留		
指定金融機関	ふりがな							
	名称	銀行 信用金庫					※支店・( )	
	ふりがな		預金種目	※普通・当座・貯蓄				
	口座名義		口座番号					
<p>上記のとおり、特定フィブリノゲン製剤及び特定血液凝固第Ⅸ因子製剤によるC型肝炎感染被害者を救済するための給付金の支給に関する特別措置法(平成20年法律第2号)第7条第1項の追加給付金の支給を請求します。</p> <p>(代理人を指定するときは)併せて、代理人を指定し、委任事項記載欄の事項を委任するとともに、代理人の行為により生じた問題について機構は一切その責任を負う必要のないことを確認します。</p> <p>また、代理人は請求者から委任を受けたことに同意します。</p> <p>年 月 日</p>								

請求者氏名

印

(署名又は押印)

代理人氏名

印

(代理人を指定したとき)

(署名又は押印)

親権者等氏名

印

(請求者が未成年のとき)

(署名又は押印)

独立行政法人医薬品医療機器総合機構理事長 殿